

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-784736

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5009 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : REGRAGUI RACHID

Date de naissance : 29-06-1961

Adresse : IMN 28 APT 5 WAFAS OULFA Casa

Tél. : 0600170246 Total des frais engagés : 1066,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr AGOUMI Saloua

Cachet du médecin :
Neurologue
249 Résidence El Mansour "4"
Appt 4 El Mansour Casablanca
Tél: 0522 39 84 38

Date de consultation : 26/10/2023

Nom et prénom du malade : MR REGRAGUI RACHID Age : 62 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection neurologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa le : 5/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOI ET ADHÉRENT



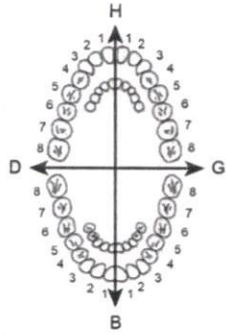
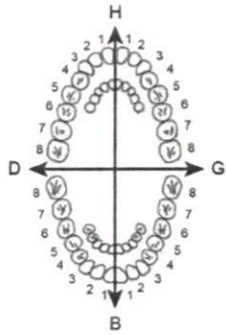
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/11/23	C2		300,24	INP : 0911391499 Dr AGOUMI Saloua 249 Résidence EL Mansour Appt 4, NEYACOUB 249 Résidence EL Mansour Appt 4, NEYACOUB El Mansour Casablanca Tél: 0522 39 84 38
03/11/23	Contrôle		3	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/23	532,90
	31/11/2023	283,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. Saloua AGOUMI
Spécialiste des maladies du
Système Nerveux Central et
Périphérique



NEUROLOGUE

د. سلوى أخومي
إختصاصية في أمراض الدماغ
والجهاز العصبي

Casablanca le 25/10/2023 في الدار البيضاء

RAGUI RACID

Dolice 90mg

1 cp a midi x 10 jrs

Mydoflex 150 mg

1 cp x 2/j x 01 mois

Vitanervil Fort

1 cp x 3/j x 01 mois

Lyrice 75mg

1 cp le soir x 01 mois

Newflex chauffant

1 app x 3/j x 07 jrs

Dr. AGOUMI Saloua
Neurologue
249, Résidence El Mansour "4"
Appt 4, 2^e Etage, Bd Yacoub
El Mansour, Casablanca
Tél: 0522 39 84 38

249, Bd Yacoub El Mansour, 2^eme Etage, Appt N°4 - Casablanca شارع يعقوب المنصور، الطابق 2، رقم 4 - الدار البيضاء

0522 39 84 38 agoumisaloua04@gmail.com

Dr. Saloua AGOUMI
Spécialiste des maladies du
Système Nerveux Central et
Périphérique



د. سلوى أگومي
إحصائية في أمراض الدماغ
و الجهاز العصبي

Casablanca le : 03/11/2023 في الدار البيضاء

M^{re} REGRAGUI RACHID

M6,70 x 2

GABAMOX 300mg N18941



1 cp le soir x 03 Jrs.

233,40

1 cp x 2 / J x 01 mois

Dr. AGOUMI Saloua
Neurologue
249, Résidence El Mansour "4"
Appt 4, 2e Etage, Bd Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 39 84 38



Lot: 21382C
Per: 10/2025
PPV: 116 DH 70

X2 Ged

PPV: 169DH00
PER: 05/26
LOT: M1717

GTIN: 06118001260850
LOT: 4054
MFG: 10 2022
EXP: 10 2025
PPV: 94bhs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 4054
MFG: 10 2022
EXP: 10 2025
PPV: 94bhs00



7 640127 792001



ACL 4561876
120 ml e

New Care AG, CH-4452 Itingen, Switzerland
EU Office: Sc
79618 Rhein



07/26

LOT

143

MFD

08/22

ISOPHARM
NEWFLEX
WARM-UP
94.80 dhs

X3
Ged

PPV

LOT

PER

28,80